



Cas clinique

Paraplegie spastique révélant un kyste hydatique intradural, à propos d'un cas à l'institut de neurologie de simbaya-conakry

Spastic paraplegy revealing a medulla hydatidic cyst, about a case
at the institute of neurology of simbaya-conakry

N Camara*^{1,2}, K Diawara¹, ML Touré^{1,2}, LF Barry², FA Cissé^{1,2}, A Cissé^{1,2}

Résumé

L'hydatidose spinale (HS) est une anthropozoonose due au développement chez l'homme de la forme larvaire de l'Echinococcus granulosus. La localisation rachidienne intradurale extramédullaire est exceptionnelle avec une prévalence en zone d'endémie autour de 1 à 4% selon les séries. Les manifestations sont rares et impliquant moins de 1% de patients atteints de maladie hydatique. Le diagnostic est épidémiologique, clinique, radiologique et biologique.

L'ablation chirurgicale en est le traitement radical parfois associé à l'Albendazole 400 mg pendant plusieurs mois ou années.

Nous rapportons un cas de HS chez un enfant de 10 ans ayant consulté pour des douleurs dorsales et intercostales associées à une claudication intermittente des membres inférieurs. Le diagnostic a été confirmé par la sérologie hydatique et l'imagerie par résonance magnétique médullaire montrant un processus intradural d'allure kystique étendu entre la D4 et la D10, mesurant 140 mm de hauteur et 19 mm

d'épaisseur, hypo-intense en T1 et hyper-intense en T2, homogène.

Le patient était opéré et nous avons procédé à un drainage puis débridement, curettage et décompression postérieure avec stabilisation. L'évolution a été marquée par l'obtention d'une autonomie parfaite au bout de 08 mois de rééducation fonctionnelle.

Mots-clés : Paraplegie, kyste hydatique, neurologie.

Abstract

Spinal hydatidosis (HS) is an anthropozoonosis due to the development in humans of the larval form of Echinococcus granulosus. The intradural extramedullary spinal location is exceptional with a prevalence in endemic areas around 1 to 4% depending on the series. Manifestations are rare and involve less than 1% of patients with hydatid disease. The diagnosis is epidemiological, clinical, radiological and biological.

Surgical removal is the radical treatment sometimes associated with Albendazole 400 mg for several months or years.

We report a case of HS in a 10-year-old child who consulted for back and intercostal pain associated with intermittent claudication of the lower limbs. The diagnosis was confirmed by hydatid serology and magnetic resonance imaging showing an extended cystic-like intradural process between D4 and D10, measuring 140 mm in height and 19 mm in thickness, hypo-intense on T1, hyper - intense in T2, homogeneous.

The patient was operated on and we carried out drainage, followed by debridement, curettage and posterior decompression with stabilization. The evolution was marked by the achievement of perfect autonomy after 08 months of functional rehabilitation.

Keywords: Paraplegia, hydatid cyst, neurology.

Introduction

L'hydatidose spinale est une maladie grave, de manifestation rare due à la présence et au développement au sein de l'organisme de vésicules larvaires d'un petit cestode appelé le *Tænia Echinococcus Granulosus* (EG), impliquant moins de 1% de patients atteints de maladie hydatique. Les localisations rachidiennes sont les plus fréquentes (44 %) et les plus graves.

C'est une maladie endémique au Moyen-Orient et dans les pays méditerranéens et demeure un véritable problème de santé publique dans les pays où l'élevage est encore traditionnel [1, 2, 3, 4].

La localisation rachidienne intradurale extra médullaire est exceptionnelle avec une prévalence en zone d'endémie de 1 à 4% selon les séries, affectant le plus souvent le foie (60%–70%) et les poumons (10 %–15 %) [4, 5, 6].

Le diagnostic de l'hydatidose est basé essentiellement sur l'imagerie médicale et le sérodiagnostic.

La prophylaxie nécessite de couper le cycle, en traitant les chiens et en détruisant les cadavres de moutons infestés. Dans certains pays (Tasmanie, Chypre), une prophylaxie intensive a permis de réduire considérablement l'incidence de l'hydatidose

humaine et animale. L'ablation chirurgicale en est le traitement radical parfois associé à l'Albendazole 400 mg pendant plusieurs mois ou années. [7]

Cas clinique

C'est un enfant de 10 ans, élève, domicilié en milieu rural, admis pour une symptomatologie qui avait débuté 01 an auparavant par des douleurs dorsales et intercostales suivies à six (6) mois plutôt d'une impotence fonctionnelle des membres inférieurs associées à une claudication motrice intermittente. L'examen physique objectivait une paraplégie spastique.

La radiographie standard du rachis cervico-dorsale était sans anomalie. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale ne montraient aucune lésion. On notait dans le sang une hyperéosinophilie (4%) et une lymphocytose (40%). La sérologie hydatique était positive.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervico-dorsale montrait un processus intradural postérieur d'allure kystique étendu entre les étages D4 et D10, mesurant 140 mm de hauteur et 19 mm d'épaisseur, hypo-intense en T1, hyper-intense en T2, homogène. Le patient était opéré et nous avons procédé à un drainage, débridement, curettage et décompression postérieure avec stabilisation.

Dès l'ouverture de la dure-mère, nous remarquons une poche blanchâtre translucide évoquant un kyste hydatique dont le décollement se soldent par sa rupture laissant coulée un liquide clair eau de roche avec des vésicules. L'extirpation des vésicules était facile et le décollement couplé à l'ablation de la membrane découvraient la dure-mère et les racines dorsales comprimées et laminées avec l'irrigation du foyer par le sérum hypertonique.

L'étude anatomo-pathologique confirmait la nature hydatique des kystes. Un traitement anti-helminthique à base l'Albendazole, en raison de 400 mg/j était prescrit pendant 06 mois.

L'évolution immédiate était marquée par la disparition de la douleur et la récupération partielle

du déficit moteur sans troubles sphinctériens et une autonomie parfaite a été obtenue au bout de 08 mois de rééducation fonctionnelle.



Fig 1 : coupe sagittale T1 vésicules hydatiques étendues de D4-D10



Fig 2 : Coupe sagittale T2 vésicules hydatiques étendues de D4-D10

Discussion

L'hydatidose intradurale est une pathologie de l'enfant et du sujet jeune dont l'âge moyen est de 20 ans avec des extrêmes allant de 4 à 62 ans sans prédominance de sexe. Le siège thoracique est le plus fréquent, suivi de la localisation lombaire. La localisation cervicale ou lombosacrée est quant à elle rare [7]. Comme dans notre cas il s'agissait d'un enfant de 10 ans avec une localisation thoracique. La localisation hydatique au niveau du rachis est rare, elle représente 1 à 2,5 % de l'ensemble des localisations hydatiques et 40 à 50 % des localisations osseuses et ceci est en rapport avec la pauvreté vasculaire de la moelle et de ses enveloppes méningées contrairement à celle du corps vertébral et de l'espace épidual.

Les signes neurologiques sont ceux d'une compression médullaire. Le début peut être brutal ou rapidement progressif. La douleur rachidienne, fréquente dans la localisation vertébrale, est remplacée par les douleurs radiculaires. Le tableau neurologique dépend du siège et de l'étendu du kyste et ne présente aucune particularité sémiologique [8, 9]. Dans notre cas les signes neurologiques étaient dominés par une paraplégie spastique avec claudication motrice intermittente.

Les radiographies du rachis permettent d'éliminer une atteinte osseuse associée. L'IRM permet la définition précise de l'étendue du processus et ses rapports avec les structures nerveuses. Les vésicules hydatiques apparaissent souvent ovalaires, hypo-intenses en T1, hyper-intenses en T2, ne prenant pas le contraste, sauf si le kyste est remanié ou infecté.

Dans notre cas, l'IRM cervico-dorsale montrait un processus intradural postérieur étendu entre les D4 et D10, mesurant 140 mm de longueur et 19 mm de diamètre, hypo-intense en T1, hyper-intense en T2, homogène.

L'hypereosinophilie est inconstante et la sérologie hydatique est rarement positive [10].

Le traitement est chirurgical et consiste à lever la compression radiculo-médullaire le plus tôt possible tout en évitant la rupture des vésicules. L'intervention

chirurgicale impose une laminotomie chez l'enfant vu le risque d'instabilité post opératoire.

Dans notre cas nous avons procédé au drainage ; débridement puis curettage et décompression postérieure avec stabilisation.

L'efficacité du traitement médical (Albendazole, Mebendazole) reste discutable du fait des destructions osseuses et du risque imminent des récidives. Nous avons obtenu une évolution favorable sous Albendazole après 06 mois de traitement, instauré après le sérodiagnostic [7,9].

Conclusion

L'hydatidose spinale est une maladie grave mais heureusement de manifestation rare due à la présence et au développement au sein de l'organisme de vésicules larvaires d'un petit cestode appelé le *Tænia Echinococcus*, impliquant moins de 1% de patients atteints de maladie hydatique. La localisation rachidienne intradurale extra médullaire est exceptionnelle avec une prévalence en zone d'endémie de 1 à 4% selon les séries, affectant le plus souvent les enfants. Son diagnostic est basé sur l'imagerie médicale et le sérodiagnostic [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Notre patient était un enfant de 10 ans, admis pour des douleurs dorsales et intercostales, une impotence fonctionnelle des membres inférieurs et des claudications motrices intermittentes. L'examen physique objectivait une paraplégie spastique.

L'IRM cervico-dorsale montrait un processus intradural postérieur d'allure kystique étendu entre les étages D4 et D10, mesurant 140 mm de hauteur et 19 mm d'épaisseur, hypo-intense en T1, hyper-intense en T2, homogène.

Le traitement a été chirurgical (Laminotomie) et médical (Albendazole 400) avec des séances de rééducation fonctionnelle.

L'évolution immédiate était marquée par la disparition de la douleur et une autonomie parfaite a été obtenue au bout de 08 mois de rééducation fonctionnelle.

Attestation

Nous venons par cette présente, attester que nous cédon les droits d'auteur à l'éditeur, que ce travail n'a pas été publié auparavant, et il n'est pas à l'étude pour publication ailleurs.

Nous attestons que tous les auteurs ont lu et approuvés ensemble la version finale et que les aspects éthiques ont été respectés tout au long de cette étude.

*Correspondance

Camara Namory

camaranamoryjb@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Octobre 2024

1 : Département de neurologie, CHU de Conakry, Conakry, Guinée

2 : Institut de neurologie de Simbaya, Conakry, Guinée

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Arif SH, Zaheer S : Rapport de cas kyste hydatique primitif intradural extramédullaire de la colonne vertébrale chez un enfant : une présentation très rare. *Eur Spine J* (2009) 18 (Suppl 2): S179–S18
- [2] Gun E, Etit D, Buyuktalanci DO, Cakalagaoglu F. Unusual locations of hydatid disease: A 10-year experience from a tertiary reference center in Western Turkey. *Ann. Diagn. Pathol.* 2017; 29:37-40
- [3] Benantar L, Aniba K, Laghmari M, Lmejjati M, Ghannane H, Ait SB. La prise en charge de l'hydatidose du système nerveux. *Société de neurochirurgie de langue française / Neurochirurgie* 63 (2017) 31–52S

- [4] Aniba K, Laghamari M, Skouni M, Errachidi M, Rad N, Lmejjati M, Ghannane M, Ait BS. Compression médullaire révélant un kyste hydatique sous-dural dorsal. *Archives de Pédiatrie* 2013 ; 20 : 559-560.
- [5] Salihy SM, Né CO, Kleib AS, Aely S, Amogueya S. Le kyste hydatique rachidien intradural primitif à propos d'un cas. *Journal de Neurochirurgie* 2006, N°04.
- [6] Zahrou F, Benantar L, Ghannane H, Aniba K, S, Ait BS. Compression médullaire révélant un kyste hydatique sous-dural dorsal. *Société de neurochirurgie de langue française / Neurochirurgie* 63 (2017) 53–68.
- [7] Khrifech M, Kolsi F, Hachicha A, Cherif I, Jarraya F, Boudawara MZ. Le kyste hydatique dorsal : une cause inhabituelle de paraplégie. *Communications affichées / Neurochirurgie* 66 (2020) 289–328
- [8] Bouallag M, Guenane I, Bencherif I, Saadi A, Abdennebi B : hydatidose intradurale extra médullaire à propos d'un cas. *Journal de Neurochirurgie* Mai 2010 N°11.
- [9] Salihy SM, Kleib S, Aely S, Amogueya S : le kyste hydatique rachidien intradural primitif à propos d'un cas. *Journal de Neurochirurgie* 2006 N°04.
- [10] Hilmani S, Malki ME, Bertal A, Achouri M, Sami A, Ouboukhlik A, Kamar AE. Kyste hydatique intradural lombaire à propos d'un cas. *Neurochirurgie*, 2004, 50, n° 1, 57-60.

Pour citer cet article :

N Camara, K Diawara, ML Touré, LF Barry, FA Cissé, A Cissé. Paraplegie spastique révélant un kyste hydatique intradural, à propos d'un cas à l'institut de neurologie de Simbaya-conakry. *Jaccr Africa* 2024; 8(4): 89-93

<https://doi.org/10.70065/24JA84.005L023010>